

# 「言葉のサプリメント」申込書

申込日：平成 年 月 日

病院名		TEL	
		FAX	
冊子送付 先ご住所	〒 ー		
連絡 担当者	(フリガナ) 氏名：	部署：	役職：
価格 会員：200円、非会員：300円 (いずれも税込み、送料込み) ※お申し込みは10冊以上から承ります。	申込部数： 部		

お問い合わせ先 東京都病院協会 TEL：03-5217-0896

ーお支払いについてー

ご注文いただきましたら冊子に同封して郵便振替用紙をお送りいたしますので、代金のお振込みをお願いいたします。

お申し込み FAX：03-5217-0898